



PERFIL NUTRICIONAL DE CRIANÇAS ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE PUERICULTURA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PELOTAS-RS.

SANTOS, Leonardo Pozza dos¹; NUNES, Natasha de Souza¹; MELLER, Fernanda de Oliveira¹; SCHAFER, Antônio Augusto¹; KABKE, Georgia Brum¹; SILVA, Catuscie Cabreira da¹; NEUTZLING, Marilda Borges²

¹Graduando- Faculdade de Nutrição; ² Doutora- Faculdade de Nutrição/UFPel;
Campus Universitário – Caixa Postal 354 – CEP 96010-900 – leonardo_pozza@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A puericultura pode ser entendida como a área da Pediatria voltada para os aspectos de prevenção e promoção da saúde, atuando no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância (RICCO; ALMEIDA; DEL CIAMPO, 2005).

Sendo assim, a assistência em puericultura é fundamental para a prevenção de diversas doenças durante os primeiros anos de vida da criança, devendo contemplar, além da promoção da saúde infantil, a educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde. O início precoce das consultas, de preferência no primeiro mês de vida, e a realização de, pelo menos, sete consultas no primeiro ano de vida são metas desejáveis na assistência à criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

O programa de puericultura no nível de atenção primária à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) é importante, pois é acessível a todas as crianças, já que diversos estudos de alguns países, inclusive do Brasil, relatam que quanto menor a renda, a classe social da família e a escolaridade dos pais, menor é o acesso a este programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, o acompanhamento e avaliação contínua do crescimento e desenvolvimento são compreendidos como um direito da criança e um dever do Estado e foram definidos como uma das cinco ações básicas do programa de Assistência à Saúde da Criança. Assim, toda criança até os seis anos deve possuir o Cartão da Criança, o qual deve ficar com a mãe e ser levado em todas as consultas para acompanhamento do peso no gráfico e para anotações sobre a saúde e a nutrição da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). No entanto, um estudo realizado no Estado de Pernambuco detectou que a atenção dada ao crescimento de crianças sob risco nutricional foi bastante precária, já que houve um percentual bastante elevado de crianças que deixaram de receber a devida atenção quanto ao seu crescimento (CARVALHO et. al., 2008).

Apesar dos inúmeros avanços ocorridos na política de saúde à criança, pode-se observar que ainda há inúmeros problemas a serem enfrentados. Diante do exposto,

o presente trabalho teve por objetivo avaliar o perfil nutricional de crianças menores de cinco anos atendidas pelo programa de puericultura de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Pelotas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado em uma UBS da cidade de Pelotas/RS, no período de maio a dezembro de 2008, contando com 180 crianças com idade inferior a 6 anos.

O programa de puericultura da UBS utiliza dois tipos de registros: o *Cartão da Criança*, em duas versões, uma que pertence à mãe ou responsável e outra que permanece na unidade. Neste cartão são registrados, mensalmente, o peso e o comprimento/estatura da criança em relação à idade, a alimentação que ela recebe e a avaliação da imunização da criança e também dados referentes à mãe, como o local onde foi feito o pré-natal e o tipo de parto.

Todas as mães que levaram seus filhos à UBS são questionadas com relação aos hábitos alimentares da criança, hábito intestinal e ingestão hídrica. Após é aferido o peso e a estatura da criança e, no caso de crianças menores de um ano, perímetro cefálico.

As crianças menores de dois anos foram pesadas em uma balança específica para crianças, com capacidade máxima de 15 Kg. Já o comprimento dessas crianças foi observado em um antropômetro específico, com a capacidade máxima de 96 cm. As crianças maiores de dois anos foram pesadas em uma balança da marca Filizola, com capacidade máxima de 150 Kg, e a estatura foi mensurada em um antropômetro acoplado a esta balança. Para a realização da antropometria, todas as crianças deveriam estar sem calçados, roupas pesadas, fraldas e ornamentos na cabeça.

Para avaliar o estado nutricional das crianças foram utilizadas como referência as novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006). As crianças que apresentaram índice Peso/Idade inferior a -2 escores z foram consideradas com baixo peso, crianças que apresentaram índice Peso/Idade entre -2 e +2 escores z foram classificadas como eutróficas e as crianças que apresentaram índice Peso/Idade superior a +2 escores z foram classificadas como sobrepeso. Os dados utilizados para a presente avaliação foram extraídos do *Cartão da Criança*, o qual permanece no posto de saúde. Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 13.0.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as 180 crianças estudadas, mais da metade (57,2%) era do sexo masculino. Com relação à realização do pré-natal, a grande maioria das mães (81,7%) realizou o pré-natal na UBS e, no que diz respeito ao tipo de parto, cerca de ½ (45,1%) das crianças nasceram de cesariana, sendo uma taxa elevada quando comparada a do Brasil e de outros países, visto que em 2000, o percentual de

cesarianas no país era de 28%. Essa taxa é muito superior a recomendada pela OMS que é de, no máximo 15% (BRASIL, 2001).

Ao analisar-se a associação entre o tempo de aleitamento materno e o estado nutricional, observa-se que entre os eutróficos 65,4% não receberam leite humano por pelo menos seis meses. Entre as crianças com baixo peso e sobrepeso, também se pode notar que pelo menos metade não foi amamentada por um período mínimo de seis meses (Figura 1). Em outro estudo realizado no país concluiu-se que crianças alimentadas exclusivamente ao seio nos seis primeiros meses de vida, apresentaram ganho ponderal adequado quando comparado aos padrões existentes, sendo acentuado nos primeiros 4 meses e desacelerando posteriormente (MARQUES et. al., 2006).

No que diz respeito ao estado nutricional das crianças, a maior prevalência de baixo peso aos seis meses de idade (17,6%) esteve presente naqueles que nasceram com menos de 2500g. Entretanto a maior prevalência de obesidade foi encontrada naqueles que nasceram com, no mínimo, 2500g (13,5%). Cabe salientar que em um estudo realizado em Pernambuco as crianças que nasceram com peso entre 1.500 g e 2.499 g tiveram uma chance 29 vezes maior de apresentar risco nutricional aos 12 meses de idade em relação àquelas com peso de nascimento maior que 3.500 g (MOTTA et. al., 2005).

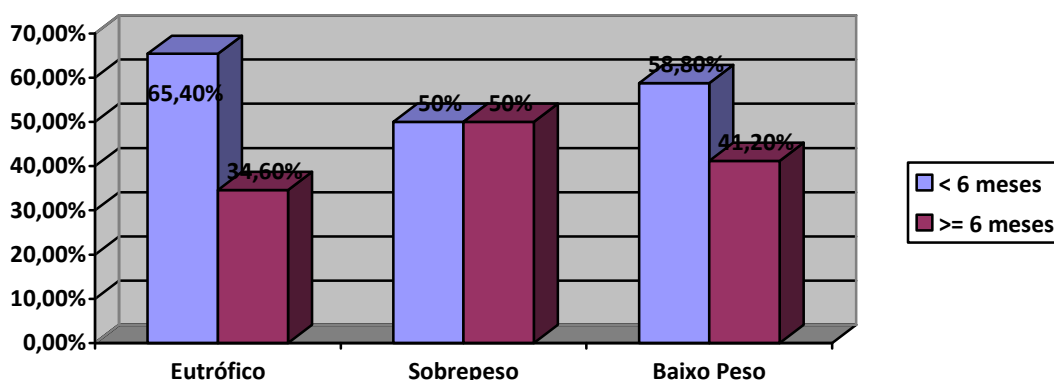


FIGURA 1. Relação entre estado nutricional aos seis meses e tempo de aleitamento materno exclusivo.

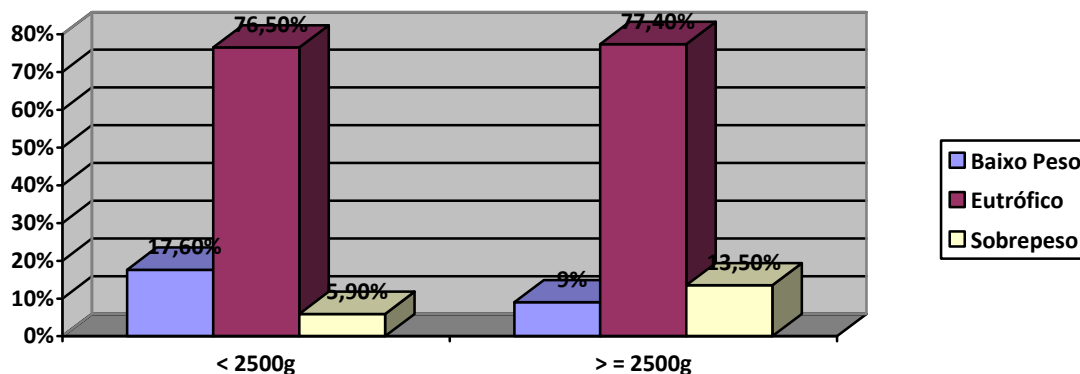


FIGURA 2. Relação entre Peso ao nascer e estado nutricional aos seis meses.

4 CONCLUSÃO

A avaliação do perfil nutricional de crianças é importante, pois permite verificar aquelas com maior risco de morbimortalidades e assim agir de forma a prevenir possíveis agravos. Faz-se necessário orientar melhor as mães quanto à importância do programa de puericultura como forma de promoção à saúde. Os profissionais atuantes devem sempre incentivar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, pois essa iniciativa pode ter impactos diretos no estado nutricional da criança.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P.; MOTTA, M. E. F. A.; Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de diferentes classes socioeconômicas em Recife, Pernambuco. **Pediatria.**, vol. 23, p. 285-289, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atendimento integral à saúde e desenvolvimento da criança: cartão da criança. BRASÍLIA-DF 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. BRASÍLIA-DF 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, J. J. B. Estudo das condições de saúde das crianças do município de Londrina [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1992.

CARVALHO, M. F.; LIRA, P. I. C.; ROMANI, S. A. M.; SANTOS, I. S.; VERAS, A. A. C. A.; FILHO, M. B.; Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.24(3), mar. 2008.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. **Rev. bol. ped.**, vol.45(1), p.46-53, jan. 2006

MOTTA, M. E. F. A.; SILVA G. A. P.; ARAÚJO O. C.; LIRA P. I.; LIMA M. C. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida?. **J. Pediatr**, vol. 81(5), p. 377-382, out 2005.

RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N.; DEL CIAMPO, L. A.; Puericultura: temas de pediatria. **Nestlé**, p. 80, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-

age. Methods and development. **WHO (Nonserial Publication)**, Geneva-Switzerland: WHO, 2006.